



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

## **Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2015**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

### **AUTOR**

**Lyliana RODRIGUEZ HONORIO**

### **ASESOR**

**Miriam Teresa SOLÍS ROJAS**

**Lima, Perú**

**2016**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Rodriguez L. Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.

---

452



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*



**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

74

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

**BACHILLER: RODRIGUEZ HONORIO LYLIANA**

Cuyo título es: **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL EN INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS - AÑO 2015**. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

MUY BUENO

DIÉCISIETE 17

.....  
MG. OBST. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA  
C.O.P. 4186  
PRESIDENTE

.....  
LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALA Lujan  
C.O.P. 2644  
MIEMBRO

.....  
LIC. OBST. DORA WELLY HUAPAYA SÁNCHEZ  
C.O.P. 0241  
MIEMBRO

.....  
MG. OBST. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS  
ASESOR (A)  
COP 4183



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
  
.....  
**Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA**  
DIRECTORA  
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 12 de abril del 2016

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi universidad; gracias a mi universidad por permitirme convertirme en un ser profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso integral de formación, y en especial a mi asesora Mirian Solís Rojas por su constante apoyo en este trabajo y por ultimo a todas aquellas personas que me permitieron crecer durante mi vida universitaria

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico a mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

## INDICE

	Pág.
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
1. INTRODUCCIÓN .....	7
2. MATERIAL Y METODOS .....	24
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	24
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	24
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL .....	24
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	25
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	26
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	30
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	31
3. RESULTADOS .....	33
4. DISCUSIONES .....	50
5. CONCLUSIONES .....	53
6. RECOMENDACIONES .....	54
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
8. ANEXOS .....	58

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015.

**METODOLOGÍA:** estudio con enfoque mixto (cuali-cuantitativo), para la fase cualitativa se realizó un estudio descriptivo y para la fase cuantitativa un estudio observacional con diseño descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por los internos de obstetricia, para la fase cuantitativa estuvo conformado por 74 internos y para la fase cualitativa 6 internos de diferentes sedes. En el análisis de fase cualitativa se grabó las entrevistas, utilizándose un programa de análisis cualitativo Atlas-ti y en el análisis de la fase cuantitativa se utilizó el programa SPSS v.22 realizando un análisis descriptivo (promedio y frecuencias).

**RESULTADOS:** El nivel de conocimiento sobre parto vertical: fue medio en el 37.8%, bajo en el 31.1% y alto en el 31.1%. Según la dimensión sobre definiciones y posiciones del parto vertical, el 85.1% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Medio” y el 9.5% un nivel “Alto”. Respecto a la dimensión sobre Ventajas y Desventajas del parto vertical, el 43.2% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Alto” y el 28.4% un nivel “Medio”. Acerca de la dimensión sobre indicaciones y contraindicaciones del parto vertical, el 44.6% de los internos tiene conocimiento “Medio” y el 36.5% un nivel “Bajo”. El 65.7% de los internos tienen actitudes favorables hacia el parto vertical y el 34.3% actitudes desfavorables. En cuanto a la atención del parto vertical el 86.5% tiene una actitud “desfavorable, ya que, la mayoría de ellos no se sentían preparados o capacitados para ejecutar esta modalidad de parto, en cuanto a la opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical, el 73% de los internos muestran una actitud “Favorable”, ya que los internos opinan que: el parto vertical no solo se debe realizar en zonas rurales, sino que debería ser practicado y promocionado a nivel nacional. En cuanto al respeto a la elección del parto vertical el 71.6% presenta una actitud “favorable”, puesto manifestaron que es necesario la implementación de un ambiente o servicio exclusivo donde se oferte esta modalidad de parto, respecto a los aspectos psicoafectivos el 60.8% de los internos de obstetricia tienen una actitud “favorable”, ya que los internos sugieren como estrategia, para que un goce pleno del parto.

**CONCLUSIÓN:** El nivel de conocimiento sobre el parto vertical en las mayoría de internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2015 fue “Medio” (37.8%) y las actitudes fueron “favorables” en el 65.7%.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimientos, actitudes, parto vertical.



## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To determine the knowledge and attitudes about internal vertical delivery in Obstetrics from the National University of San Marcos - Year 2015.

**METHODOLOGY:** studio with mixed approach (qualitative and quantitative) for the qualitative phase, a descriptive study and the quantitative phase with descriptive observational study design, cross section. The population consisted of inmates in obstetrics, for quantitative phase consisted of 74 internal and for qualitative phase 6 internal different venues. In the qualitative phase analysis interviews were recorded, using a qualitative analysis program Atlas-ti and in quantitative phase analysis SPSS v.22 doing a descriptive analysis (average and frequencies).

**RESULTS:** The level of knowledge about vertical delivery: was 37.8%half, low 31.1% and high at 31.1%. According to the size about definitions and a vertical delivery positions, 85.1% of inmates have a level of knowledge "Medium" and 9.5% level "High". Regard to dimension on Advantages and Disadvantages vertical delivery, 43.2% of inmates have a level of knowledge "High" and 28.4% a level "Medium". About the size of indications and contraindications vertical delivery, 44.6% of inmates aware "Medium" and 36.5% a level "Low". 65.7% of inmates have favorable attitudes toward vertical delivery and 34.3% unfavorable attitudes. As to the vertical delivery 86.5% have an "unfavorable attitude since, most of them did not feel qualified or trained to perform this mode of delivery, as to the opinion on the cultural aspects of attention vertical delivery, 73% of inmates show a "Pro" attitude, because the internal view that: vertical delivery must be made not only in rural areas, but should be practiced and promoted nationally. With regard to respect for the choice of vertical delivery 71.6% have a "favorable" attitude, as expressed that the implementation of an exclusive atmosphere or service where this mode of delivery was bid, regarding the psycho aspects needed 60.8% of obstetrics inmates in have a "favorable" attitude, as domestic suggested as a strategy for a full enjoyment of labor.

**CONCLUSIONS:** The level of knowledge about the vertical delivery in most internal obstetric National University of San Marcos in 2015 was "Medium" (37.8%) and attitudes were "favorable" at 65.7%.

**KEYWORDS:** Knowledge, attitudes, vertical delivery.

## 1. INTRODUCCIÓN

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer al momento de dar a luz, y el parto vertical es una de las posiciones que se está patentando en la actualidad<sup>1</sup>. Esta atención constituye una práctica más natural que la posición adoptada en los últimos tiempos (posición horizontal) y presenta numerosos beneficios, ya que la mujer experimenta menos dolor, hay menor intensidad de las contracciones, se reduce la necesidad de episiotomías y hay menores patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal<sup>2</sup>.

Actualmente en el Perú, existe una importante experiencia en la atención del parto en posición vertical, con adecuación intercultural, evidenciándose ello en el incremento del porcentaje de partos atendidos por personal de salud; para el año 2008 las atenciones para parto vertical fueron de 22.937 y esto subió a 46.130 para el año 2014, demostrando la acogida de esta modalidad entre las usuarias de los servicios de Salud<sup>3</sup>.

En nuestro medio el personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal, y esta nueva atención del parto, en varias ocasiones provoca un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres que prefieren esta modalidad, originando que ellas prefieran abstenerse de acudir a los establecimientos poniendo en riesgo su salud y la del recién nacido o incitando una insatisfacción total.

Debido a esto el Ministerio de Salud (Minsa) aprobó la Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural con el fin de mejorar el acceso de la mujer a los servicios de salud en la atención del parto, impulsando a la par una mejora en el conocimiento de los profesionales de salud sobre esta nueva modalidad de atención. Diversos estudios han evaluado el conocimiento y las actitudes que poseen los profesionales de la salud y estudiantes respecto al parto vertical, tales como:

Canelón M. en el año 2015 en Venezuela efectuó una investigación titulada “Significado del parto vertical para los/las obstetras”, cuyo objetivo fue proponer un modelo educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras, observando que la mayoría estuvo muy de acuerdo o de acuerdo en que el parto vertical facilita la retropulsión del coxis y acorta la expulsión del feto (86.2%), en que colocarse en posición cuclillas favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino (93.1%), en que el parto vertical favorece al feto, pues por la fuerza de gravedad avanza suavemente por el canal del parto (62.1%), en que ofrece múltiples ventajas anatómica y psicoafectivas (69%), sin embargo estuvieron en desacuerdo en que el personal de salud debe adecuarse a la posición elegida por la paciente (46.6%)<sup>4</sup>.

Maldonado G., Átala C., Soto E. y Ortega M. en el año 2014 en México realizaron una investigación titulada “Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería”, con el propósito de determinar los conocimientos y actitudes sobre el parto vertical que poseen los profesionales de enfermería de los servicios de gineco-obstetricia, urgencias, toco y expulsión, encontrando que los conocimientos (97.4%) y las actitudes (97.4%) sobre el parto vertical de los profesionales de enfermería son buenos<sup>5</sup>.

León M. en el año 2014 en Guatemala efectuó un trabajo denominado “Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural”, el cual tuvo como objetivo determinar los conocimientos teóricos y actitudes del personal médico y de enfermería que brinda atención del parto con pertinencia cultural en los servicios de salud, evidenciando que el personal médico y de enfermería poseen los conocimientos teóricos sobre la atención del parto con pertinencia cultural, principalmente las posiciones del parto vertical (82%), indicaciones (46%) y contraindicaciones (71%)<sup>6</sup>.

Cortez M. en el año 2014 en Lima-Perú publicó una tesis titulada “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP-Año 2013”, el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013, donde hallaron que los profesionales de la salud tienen un conocimiento medio (93.4%) y una actitud de indiferencia (70%) frente a la atención del parto en posición vertical<sup>7</sup>.

Espinola F., Lavado F., Montoya Z., Saavedra A., Varas P. y Ysla C. en el año 2009 en Trujillo-Perú desarrollaron un estudio titulado “Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, Marzo-Junio 2009” con el objetivo de comparar la actitud hacia el parto vertical de estudiantes de las Facultades de Ciencias Médicas y de Educación de la UCV-Trujillo, evidenciando que la actitud fue favorable hacia el parto vertical tanto en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas (73%) como de la Facultad de Educación (82.1%)<sup>8</sup>.

Pero estos conocimientos no solo deben ser impartidos en la vida profesional, sino en la formación de los internos, puesto que son el personal que a futuro estará en contacto directo con las pacientes. Es por ello que la realización del presente estudio radica en evaluar el conocimiento que tienen los internos respecto al parto vertical, pues si bien es cierto durante la formación del estudiante se mencionan puntos clave sobre este tema, la práctica es dificultosa para el estudiante de obstetricia, evidenciándose en ellos actitudes de rechazo o temor ante una eventual atención en esta posición, todo ello por la falta de conocimiento que algunos internos poseen.

A lo largo de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, ceramios y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo. Asimismo, existen

ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada y específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical. Del mismo modo, en el Perú antiguo, esta intención se evidencia en la cerámica de la cultura Moche.

La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha sido descrita, en 1882, por Engelmann, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, adoptando la posición de rodillas, de cuclillas, sentadas y semisentadas, usando para ello ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos.

Menciona la literatura que en el siglo XVI, Mauriceau “acostó” a las gestantes para parir, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda, el fórceps.

Del mismo modo, las mujeres de la nobleza, generalmente con sobrepeso por su sedentarismo y vestimenta atiborrada, encontraron dicha posición cómoda para parir, debido a que no podían soportar estar en posición de cuclillas. Así, los médicos encontraron una forma más fácil de asistir el parto, creándose mesas ginecológicas para el parto en posición horizontal y se instaló la costumbre de parir en posición echada en la cama. En los años 70, las experiencias de Caldeyro-Barcia mostraron que el caminar durante el período de dilatación mejoraba la calidad de las contracciones, acortaba la duración del trabajo de parto y podía hacer más tolerable el dolor.

Desde hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene difundiendo y propugnando el parto vertical, con el objetivo de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño.

En el sistema de salud peruano, la atención del parto en posición vertical se realiza formalmente desde comienzos del decenio de 1990, aunque ya mucho antes se practicaba en el ámbito domiciliario. Hacia fines de ese decenio, el Proyecto 2000, una importante iniciativa de salud materno infantil, emprendió

diversos estudios e intervenciones para evaluar e impulsar la atención del parto vertical.

En agosto del 2005, el Ministerio de Salud (Perú) emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado, de tal manera que se logre mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal<sup>9, 10</sup>.

El sistema de salud ha implementado y difundido en diversas zonas algunas innovaciones que consideran la introducción de prácticas tradicionales de las culturas locales, y formas de participación de la comunidad, tales como el “acompañamiento” y las casas de espera<sup>10</sup>.

El acompañamiento se realiza a veces en lugares donde las distancias entre los servicios de salud y el domicilio de las gestantes son muy grandes; en tales situaciones, el personal de salud puede ir a buscar a las mujeres en un determinado punto del trayecto o que los municipios u otros organismos cubran el transporte. Tanto los familiares como el personal de salud tiene una participación activa en el parto vertical; por un lado, los familiares o las parteras tradicionales pueden incluirse en determinadas tareas del parto vertical como preparar y administrar mates u otras infusiones, o realizar ceremonias con valor simbólico para la madre y sus allegados; por otro lado, el personal de salud debe ayudar a la gestante a que se sienta cómoda facilitándole la entrega de la placenta a la familia para que disponga de ella según las costumbres locales, que a veces suponen su entierro o incineración<sup>10</sup>.

La segunda modalidad participativa son las casas de espera, las cuales integran una estrategia que incluye la intervención activa tanto de las autoridades sanitarias como de las organizaciones locales. Algunas de estas

casas se autofinancian, mientras que otras funcionan con el apoyo del establecimiento de salud o de los municipios. Las casas fueron incorporando elementos de la partería tradicional andina, como el parto vertical, la climatización del ambiente, las mantas de cuero, la preparación de mates o infusiones con distintas hierbas, y el acompañamiento de familiares u otros allegados. Con posterioridad a esa experiencia se ha señalado que el propósito de las casas de espera no es que la mujer diera a luz allí, sino que se la prepare para tener el parto en un establecimiento de salud cercano<sup>10</sup>.

También, el plan de parto es otra de las modalidades de participación, el cual es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento como el lugar del alumbramiento y el transporte disponible, la posición elegida para el parto y las personas que la acompañarán. La disposición de esta información por escrito es de gran ayuda para el equipo de salud que atiende en el momento del parto, pues facilitará la comprensión del proceso, permitirá la participación activa tanto de la mujer como de su pareja y/o acompañante y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial<sup>10</sup>.

Por tanto, la realización del parto vertical en diferentes lugares muestra la atención con adecuación intercultural. Esta última se refiere a la atención del parto con acondicionamiento del local (iluminación tenue, calefacción, cortinas, etc.), la presencia de parteras y de allegados, y la disponibilidad de materiales y equipos (vestimenta, fajas, camillas, etc.) y de medicinas tradicionales en los diferentes ámbitos<sup>10, 11</sup>.

También es aquella que aprovecha de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia<sup>12</sup>.

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el

personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido<sup>1</sup>.

Para poder realizar la atención del parto vertical, es necesario contar con los recursos humanos, la infraestructura y los equipos, medicamentos y materiales necesarios<sup>1</sup>:

Respecto a los recursos humanos, la disponibilidad de estos para la atención depende del nivel de complejidad del establecimiento de salud y los recursos existentes, por ello el servicio debe contar con un Médico Gineco-obstetra o Médico General, Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal, obstetra, enfermera y técnico de enfermería<sup>1</sup>.

La infraestructura debe contar con acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados centígrados), protección de ventanas con cortinas de colores y materiales adecuados a la realidad local y paredes pintadas con colores no claros.<sup>1</sup>

Los equipos, medicamentos y materiales necesarios son: equipo completo de atención de parto, tensiómetro, estetoscopio, equipo de reanimación neonatal, balanza pediátrica, lámpara cuello de ganso, camilla para parto vertical, asiento de madera circular de 30 x 45 de altura, dos sillas, vitrina para guardar medicamentos, fuente de calor: estufa o calefacción, dos cojines de 30 cm de diámetro, banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto, argolla de metal o madera instalada en el techo, soga gruesa de 5 metros, colchoneta en el piso cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé, balde para la recepción de la sangre, bolsas de agua caliente, rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 de ancho, botas de tela, campos para recepción del niño, batas amplias para cubrir las adecuadamente, set de medicamentos para el parto, medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, mático



orégano, apio), jabón y guantes estériles.<sup>1</sup> Todos estos materiales se utilizarán para la atención del parto y para la asepsia e higiene.

Asimismo, durante la atención del parto vertical se puede permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar, con la finalidad que le brinde apoyo emocional, masajes y tranquilidad a la gestante.

En lo concerniente a la alimentación, el personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía como sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto. Además, se recomienda té o leche con canela y clavo de olor, una taza de chocolate caliente, un mate de albahaca, tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua y una cucharadita de toronjil para favorecer al parto.

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras necesarias cuando hay un circular de cordón, a detectar complicaciones que presenten en el momento, etc. Entre las posiciones que pueden adoptar las mujeres para el parto vertical son<sup>1, 2, 13</sup>:

Posición de cuclillas: variedad anterior: Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto. El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. Debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta y la sujeta abrasándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este

procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, favoreciendo la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas: variedad posterior: El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, debe abrazar a la parturienta por debajo de la región axilar y colocar su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas: El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas y abraza a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante. En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semisentada: El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima y abraza a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante. En la posición semi sentada la gestante se apoya sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o al borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición cogida la soga: Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento. El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

Posición pies y manos: Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecúa para realizar el alumbramiento dirigido. Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante de su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se debe adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realiza por detrás de la mujer. El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales debe instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

Desde la difusión de la norma técnica para la atención del parto vertical se realizaron estudios clínicos que comparan y confirman las ventajas de la posición vertical sobre la posición horizontal: mejor dinámica uterina, menor duración y dolor del parto, el riesgo de ruptura perineal o de episiotomía se reducen y el parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos con mayor participación, libertad y satisfacción de la madre.

Asimismo, el parto vertical puede aumentar la comodidad de la mujer y su tolerancia al dolor, al disminuir la necesidad de anestesia y analgesia y facilitar el progreso del parto. Por tanto, conlleva muy pocos riesgos y muchos beneficios. También durante la primera fase, el parto vertical no altera la ruptura espontánea de las membranas; acorta en 25% la duración y en 34%

para el caso de nulípara; no aumenta el moldeamiento cefálico y no incrementa la morbilidad neonatal. Además, la posición vertical en comparación con la horizontal se asocia con: reducción en la duración del periodo expulsivo, en la incidencia de partos asistidos y en uso de episiotomías; incremento del riesgo estimado de pérdida sanguínea mayor de 500 ml. y ligero incremento de desgarros perineales de segundo grado, así como la reducción del dolor severo y escasos patrones anormales fetales<sup>14</sup>.

Franco N, Ayllón S, Vallejo M, Hansen K. (2010) realizaron un estudio en Cochabamba-Bolivia sobre los beneficios de la posición vertical para la atención del parto, para lo cual incluyeron a 25 pacientes atendidas en posición vertical y 73 en posición horizontal, encontraron que la frecuencia de desgarro de 1° grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal; desgarro de 2° grado se presentó en el 4% de la posición vertical y en el 1.4% de la posición horizontal; la episiotomía se realizó en un 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en un 4% de la posición vertical y las complicaciones hemorrágico-infecciosas se encontraron en 3 casos, por lo que concluyeron que la atención brindada en Casa Materna muestra beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto, además de respetar la cultura y las costumbres de las pacientes, brindándole la oportunidad de sentirse cómoda en la posición deseada por ella y sus familiares<sup>15</sup>.

Se ha observado que cada posición del parto vertical ofrece numerosas ventajas como: la posición de pie ofrece mayor eficacia de las contracciones uterinas, mejor oxigenación fetal, menor necesidad de analgesia y oxitocina y menor tasa de episiotomías; la posición cuadrúpeda ofrece menos trauma perineal, ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal, además la elasticidad perineal es mayor en esta postura; la posición de cuclillas ofrece diámetros pélvicos aumentados, menor estimulación por oxitocina y menor número de partos instrumentales, además disminuye las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico)<sup>16</sup>.

A modo de resumen y teniendo en cuenta lo que contempla la Norma Técnica para la atención del parto vertical de nuestro país, las ventajas del parto vertical son: menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto, las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto, puede disminuir la duración de la segunda etapa, reduce la necesidad de episiotomías, menores patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal y mayor sensación de control sobre el trabajo de parto de la paciente. Las desventajas son: mayor frecuencia de pérdida estimada de sangre mayor de 500 ml (subjetivo), se necesita cierto nivel de energía para que la mujer se mantenga en cuclillas sin apoyo, más congestión perineal y edema<sup>1, 2</sup>.

Entre las indicaciones del parto vertical destacan: gestación sin complicación obstétrica, presentación cefálica del feto y compatibilidad feto pélvica. Las contraindicaciones del parto vertical son: cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal, cesárea iterativa, incompatibilidad feto pélvica, sufrimiento fetal, feto en podálico, embarazo gemelar, distocia de presentación, distocia de cordón, distocias de contracción, macrosomía fetal, prematuridad, hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta), ruptura prematura de membranas con cabeza alta, embarazo post término, pre eclampsia severa, eclampsia y antecedente de parto complicado<sup>1, 2</sup>.

En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones: aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento, laceraciones a nivel del periné, salida brusca del feto, prolapso de cordón, procidencia de miembros superiores y distocia de hombros. En caso de presentarse alguna de estas complicaciones se debe realizar el manejo adecuado según el nivel de complejidad del lugar donde se atiende el parto<sup>1, 2</sup>.

En un estudio sobre el parto vertical realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se observó que las complicaciones fueron semejantes a la atención en posición horizontal y no hubo efecto nocivo del parto en posición vertical<sup>17</sup>.

En los diferentes centros asistenciales donde se atiende el parto, es importante que toda paciente tenga un parto humanizado, el cual se refiere al proceso de atención de parto donde se toma en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la gestante y familiares. En nuestro país, Vela (2015) llevó a cabo una investigación en la que concluyó que más de la mitad de las puerperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular, siendo la percepción de comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad adecuadas, a diferencia de la libre elección de posición del parto<sup>18</sup>.

El conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado<sup>19</sup>.

Ramos P, Torres D, Llanca L. (2006) en Tacna-Perú, ejecutaron una investigación dirigida a profesionales de la salud como médicos gineco-obstetras y obstetras, donde evidenciaron que el 66.1% de los profesionales conoce totalmente las Normas Técnicas del Minsa para la atención del Parto Vertical, el 26.3% conoce parcialmente y el 7.6% desconoce<sup>20</sup>.

En otro estudio realizado en Lima-Perú por Cortez (2014), identificaron que en los profesionales de la salud, el nivel de conocimiento sobre la atención del parto vertical fue medio en el 93.4%, bajo en el 3.9% y alto en el 2.7%<sup>7</sup>.

Con los estudios en mención sobre la información obtenida acerca del parto vertical en profesionales de la salud, se puede acotar que la mayoría de profesionales conoce sobre el parto vertical, sin embargo, sería importante indagar sobre los conocimientos que poseen los estudiantes en la etapa universitaria pues son quienes están a puertas de ser profesionales de la salud y de adecuarse al parto con enfoque intercultural.

La actitud se define como un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones<sup>21</sup>.

En el trabajo de García y cols. (2012) se encontró que las comadronas tienen una actitud positiva en cuanto a compartir sus conocimientos y trabajar conjuntamente con el personal de salud, que labora en los centros de atención de segundo y tercer nivel siempre que se respeten sus costumbres y creencias<sup>22</sup>.

En el estudio de Ramos y cols., se observó respecto a las actitudes, que el 64.4% de los profesionales están de acuerdo en optar por otras posiciones para la atención del parto y sólo el 35.6% no está de acuerdo<sup>20</sup>.

Asimismo, Espinola et al. (2009) en su trabajo demostró que el 73% de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y el 82.1% de los estudiantes de la Facultad de educación tenían una actitud favorable hacia el parto vertical. En cuanto a la opinión sobre el parto vertical, el 76.2% de estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y el 52.6% de los estudiantes de la Facultad de Educación mencionó que recomendaría el parto vertical<sup>8</sup>.

De esto podemos inferir que la mayoría de profesionales y estudiantes tienen actitudes positivas frente al parto vertical, pero aún hay un porcentaje que no está del todo a favor, tal vez por algunas incomodidades, higiene, pérdida de sangre, entre otras, por ello a través del presente estudio se indagó sobre las actitudes de los estudiantes de Obstetricia, para detectar si están a favor del parto vertical.

En la Cumbre del Milenio realizada en el año 2000, los Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siendo uno de ellos (Objetivo del Desarrollo del Milenio 5) el reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto. Como se observa una de las formas de contribuir a reducir la morbilidad materna es mediante la atención del parto por personal calificado, por lo que todo profesional de salud, sobretodo obstetra debe estar entrenado para atender el parto en sus diversas posiciones, una de ellas la vertical, teniendo en cuenta la cultura y tradiciones de las pacientes que solicitan esta atención, de tal manera

que cree un ambiente cálido y consiga la confianza de la paciente. Así también, con la incorporación de la Norma Técnica del Parto en Posición Vertical, se ha logrado formalizar el respeto a la decisión de la madre sobre la posición al momento del parto, permitiendo que haya una mayor cobertura de parto institucional, sobre todo en zonas rurales, donde esta práctica forma parte de sus costumbres, la cual es identificada desde el inicio de las atenciones prenatales, a través del Plan de Parto.

Con los resultados del presente estudio se espera que al identificar el nivel de conocimientos que poseen los internos de Obstetricia sobre el parto en posición vertical, las autoridades encargadas del syllabus de los cursos de Obstetricia, incorporen más temas del parto vertical, así como puedan implementar en un futuro un aula donde se cuente con todos los instrumentos necesarios para la simulación de la atención del parto con enfoque intercultural, es decir del parto vertical, de tal manera que no sólo las prácticas sean enfocadas al parto en posición horizontal sino también vertical.

También se busca que los internos de obstetricia, personal que está a puertas de convertirse en un profesional de salud y que es el encargado de la atención del parto, tengan una mejor disposición al momento en que las pacientes elijan la posición para su parto y brinden una atención más humanizada a las gestantes.

Asimismo, se espera que este estudio sirva como antecedente para otras investigaciones y amplíe el conocimiento de los internos no sólo de Obstetricia, sino también de los encargados de la atención del parto.

Por lo señalado, nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015?



## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

**Conocimiento:** Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

**Actitudes:** Son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo.

**Parto vertical:** Parto que se atiende en posición sentada, de cuclillas, en diferentes variantes, con adecuaciones culturales.

**Acompañamiento:** Se refiere a la presencia de un familiar, cónyuge, persona de confianza, etc. que es elegida por la mujer durante el proceso de parto y nacimiento, que brinde apoyo personalizado durante el parto<sup>23</sup>.

**Interculturalidad:** Es un proceso de interrelación que parte de la reflexión del reconocimiento de la diversidad y del respeto a las diferencias. Constituyen relaciones complejas, negociaciones e intercambios culturales que buscan desarrollar una interacción social equitativa entre personas<sup>24, 25</sup>.

**Respeto por la elección:** Se refiere a la consideración o atención hacia algo como la elección para el tipo de parto sea vertical u horizontal<sup>26</sup>.

**Aspectos psico-afectivos:** Son el conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente de las personas y se expresan a través del comportamiento emocional, que tiene que ver con sus relaciones con los demás<sup>27</sup>.

**Objetivos:****Objetivo general:**

Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015.

**Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de conocimientos sobre el parto vertical de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Describir las actitudes frente al parto vertical de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## 2. MATERIAL Y METODOS

### 2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo un enfoque mixto (cuali-cuantitativo), donde para la fase cualitativa se realizó un estudio descriptivo y para la fase cuantitativa se realizó un estudio observacional con diseño descriptivo, de corte transversal.

### 2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que cursaron el internado durante el año 2015.

### 2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Interno de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que cursaron el internado durante el año 2015.
- **Tamaño Muestral:**
  - Fase cuantitativa:** Estuvo conformado por 74 internos obstetricia, lo cual es la totalidad de estudiantes que realizan su rotación de internado en las diferentes sedes hospitalarias de Lima del año 2015.
  - Fase cualitativa:** Conformado por 6 internos de obstetricia que realizan su rotación de internado en las diferentes sedes hospitalarias de Lima del año 2015.
- **Tipo de muestreo:** se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, puesto que participaron todos los internos, correspondiendo realizar un registro censal para determinar la muestra de estudio.
- **Criterios de inclusión**
  - Internos de obstetricia de la UNMSM de todas las sedes hospitalarias.

- Internos del año 2015
- Internos de ambos sexos.
- Internos de todas las edades.

➤ **Criterios de exclusión**

- Internos que estén llevando de manera reiterada el internado.
- Internos que no deseen participar del estudio.
- Internos que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

## **2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

Variable: • Conocimientos y actitudes frente al parto vertical.

Dimensión 1: Conocimientos sobre parto vertical.

Dimensión 2: Actitudes frente al parto vertical.

## 2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

### Técnica:

**Fase cualitativa:** se utilizó la técnica de focus groups para indagar y reconocer las actitudes que tienen los internos respecto al parto vertical.

**Fase cuantitativa:** Encuesta, se preguntó de manera grupal a todos los internos de obstetricia sobre los conocimientos y actitudes acerca del parto vertical, lo cual tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

### Instrumento:

**Fase cualitativa:** Guía de focus groups, se utilizó para ello una guía de preguntas estructuradas, en base a los antecedentes formulados en el presente estudio. La guía de preguntas estuvo compuesta por 5 premisas que permitieron conocer las actitudes de los internos frente al parto vertical. La guía de preguntas fue sometida a juicio de expertos quienes emitieron sus opiniones al respecto y fue aplicada a la población de estudio.

**Fase cuantitativa:** Fue un cuestionario dividido en tres partes, lo cual facilitó la manera de obtener los resultados del estudio, la primera parte estuvo conformada por datos generales, le correspondieron tres preguntas que permitieron caracterizar a los internos; la segunda parte se basó en los conocimientos del parto vertical, le correspondieron catorce preguntas, estructuradas de manera cerrada con tipo de respuestas dicotómicas, es decir, solo dos formas de respuestas: correcta tuvo una puntuación de uno (1) y respuesta incorrecta tuvo una puntuación de cero (0); la tercera parte estuvo conformada por las actitudes frente al parto vertical el número de ítems fue de quince, las alternativas de respuesta fueron tipo Likert modificado, pudiendo obtener puntajes de uno a cinco. Los puntajes fueron otorgados de acuerdo a la forma de acuerdo a la forma o connotación de la pregunta, es decir, las preguntas 1, 2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15 tuvieron una connotación positiva por lo que los valores fueron los siguientes: Completamente de acuerdo=5, De acuerdo=4, Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3, En desacuerdo=2, Completamente en desacuerdo=1. Por otro lado las preguntas 3, 5, 7, 8, 12

tuvieron una connotación negativa, por lo que los valores fueron los siguientes: Completamente de acuerdo=1, De acuerdo=2, Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3, En desacuerdo=4, Completamente en desacuerdo=5.

### **Valoración de los Puntajes de Conocimientos y actitudes**

#### ***Baremos del nivel de conocimiento***

Este fue calculado mediante la escala de Estanino, el cual permitió clasificar el conocimiento en alto, medio y bajo (Ver Anexo IV).

#### ***Baremos para las actitudes***

Fue calculado mediante la estimación de las medias, clasificando en actitudes favorables y desfavorables.

Para conocer las actitudes respecto al parto vertical de forma global:

- se tomó en cuenta lo siguiente: Media=64.72 y DS= 4.1, para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.21. Dando como resultados las siguientes actitudes:

$$X+DS=64.72+4.1=68.82$$

- **Actitud Favorable:** Puntaje mayor o igual a 68.82.
- **Actitud Desfavorable:** Puntaje menor a 68.82.

Las actitudes en base a las dimensiones:

#### ***Atención del parto vertical:***

- Media= 19.26 y DS=1.44, para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.21. Dando como resultados las siguientes actitudes:

$$X+DS= 19.26+ 1.44=20.7$$

- **Actitud Favorable:** Puntaje mayor o igual a 20.7.
- **Actitud Desfavorable:** Puntaje menor a 20.7.

***Aspectos culturales del parto vertical:***

- Media= 18.04 y DS= 1.56, para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.21. Dando como resultados las siguientes actitudes:

$$X+DS= 18.04+ 1.56=19.6$$

- **Actitud Favorable:** Puntaje mayor o igual a 19.6.
- **Actitud Desfavorable:** Puntaje menor a 19.6.

***Respeto por la elección del parto vertical:***

- Media= 13.62 y DS= 1.31, para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.21. Dando como resultados las siguientes actitudes:

$$X+DS= 13.62+ 1.31=14.93$$

- **Actitud Favorable:** Puntaje mayor o igual a 14.9.
- **Actitud Desfavorable:** Puntaje menor a 14.9.

***Aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical:***

- Media=13.80 y DS= 1.63, para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.21. Dando como resultados las siguientes actitudes:

$$X+DS=13.80+1.63=15.43$$

- **Actitud Favorable:** Puntaje mayor o igual a 15.
- **Actitud Desfavorable:** Puntaje menor a 15.



## **2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

**Fase cualitativa:** Para realizar la técnica del focus groups se siguió dos pasos:

Primero: se debió conseguir a los participantes del estudio, según los criterios de inclusión y exclusión. Los participantes debieron contar con las características adecuadas para que puedan participar del focus groups.

Segundo: se debió ubicar un ambiente propicio para realizar la actividad, donde las sillas estuvieron distribuidas en forma circular. Para realizar este paso, el moderador operó como un anfitrión presentando el tema. También buscó que cada participante haga una breve auto-presentación, a partir de la cual el moderador tuvo los nombres de los participantes, y algunas variables críticas para la investigación, además de una primera impresión global sobre el grupo. Antes de empezar la moderación se establecieron los tiempos que cada parte de la indagación requiera. Una vez terminada la guía de preguntas, el moderador procedió al cierre de la entrevista, agradeciendo enérgicamente la participación de los integrantes y terminando la actividad. El tiempo promedio fue de 45 minutos (hora académica)

**Fase cuantitativa:** La recolección de los datos se llevó a cabo luego de emitida la resolución de aprobación por la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del visto bueno de la asesora de investigación (Mag. Mirian Solís).

La recolección de datos se llevó a cabo durante las actividades académicas realizadas en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, luego de solicitar el permiso respectivo al docente encargado.

Antes de iniciada la encuesta, se explicó a los internos la necesidad de leer el consentimiento informado y la importancia de su participación. Además se les hizo hincapié, que luego que culminen de responder a la encuesta, debieron dejar sus cuestionarios en un ánfora cerrada que se colocó cerca de la puerta, lo cual acreditó que no se relacione al interno y a la encuesta correspondiente.

Seguidamente se procedió a hacer entrega del cuestionario a cada participante, para que mediante la lectura detenida de cada una de las premisas marque la respuesta que cree conveniente. El proceso de encuesta tuvo una duración aproximada de quince minutos.

Una vez terminada la encuesta cada interno procedió a dejar sus cuestionarios en el ánfora, para posteriormente, enumerar en forma ascendente cada uno de los cuestionarios, y así en ese orden sean ingresados a una base de datos.

**Fase cualitativa:** Para la fase cualitativa se procedió a grabar las entrevistas, utilizándose un programa de análisis cualitativo Atlas-ti.

**Fase cuantitativa:** El análisis de los resultados se llevó a cabo en el programa SPSS v.22. Se llevó a cabo un tipo de análisis:

**Análisis descriptivo:** Existieron algunas variables que fueron analizadas de manera cuantitativa como la edad y los puntajes para obtener el promedio de actitudes así como para obtener el puntaje de conocimientos, estos se calcularon mediante medidas de dispersión (X) y tendencia central (DS), cabe resaltar que las estimaciones últimas (promedio de actitud y conocimiento), al final se evaluaron de forma cualitativa, estimándose frecuencias absolutas y frecuencias relativas como fueron los porcentajes.

## **2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para incluir en el siguiente estudio la participación directa de seres humanos, se ha tenido en consideración cumplir con los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad; establecidos por la ética médica, puesto que para la obtención de la información se utilizó un consentimiento informado, en donde se explicó detalladamente cada uno de estos principios y que la participación es voluntaria. Además para evitar la identificación que información le corresponde a cada interno, al finalizar la encuesta cada participante colocó sus cuestionarios en un ánfora cerrada, que solo fue abierta momentos antes de iniciar con el procesamiento de los datos.

Además el presente proyecto fue evaluado por el comité de investigación de la EAP de Obstetricia de la universidad Nacional Mayor de San Marcos, y cada avance fue revisado y aprobado por el asesor de investigación.

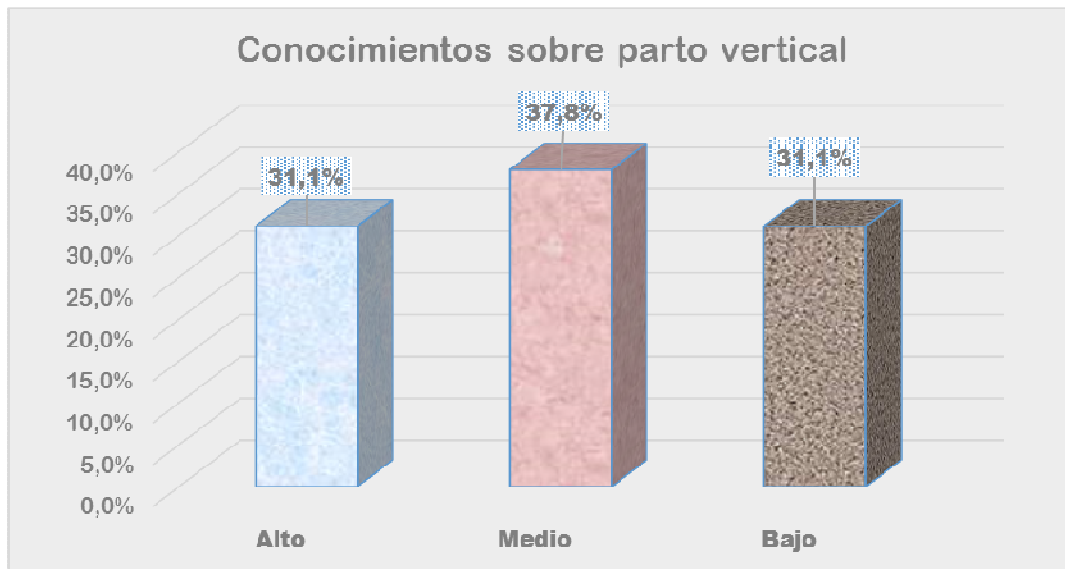
### 3. RESULTADOS

**Tabla N°1:** Datos generales de los internos de Obstetricia de la UNMSM.

Datos generales	N	%
<b>Edad</b>		
20 - 24 años	54	73.0%
25 - 30 años	20	27.0%
<b>Sexo</b>		
Femenino	70	94.6%
Masculino	4	5.4%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0%</b>

El 73% de los internos de obstetricia tienen edades comprendidas entre 20 a 24 años y el 27% edades entre 25 a 30 años. El 94.6% son de sexo femenino y el 5.4% masculino. (Tabla N°1)

**Gráfico N°1:** Nivel de conocimientos sobre el parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.



Respecto al nivel de conocimiento sobre parto vertical: el 37.8% tiene conocimiento medio, el 31.1% tiene conocimiento bajo y el 31.1% conocimiento alto. (Gráfico N°1)

**Tabla N°2:** Nivel de conocimientos según dimensiones sobre el parto vertical de los internos de obstetricia de la UNMSM.

<b>Dimensiones de conocimientos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Definiciones y Posiciones</b>		
Alto	7	9.5%
Medio	63	85.1%
Bajo	4	5.4%
<b>Ventajas y Desventajas</b>		
Alto	32	43.2%
Medio	21	28.4%
Bajo	21	28.4%
<b>Indicaciones y Contraindicaciones</b>		
Alto	14	18.9%
Medio	33	44.6%
Bajo	27	36.5%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla N°2 se describen los conocimientos de los internos de obstetricia sobre el parto vertical, según la dimensiones:

Según la dimensión sobre definiciones y posiciones del parto vertical, el 85.1% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Medio”, el 9.5% un nivel “Alto” y el 5.4% un nivel “Bajo”.

Respecto a la dimensión sobre Ventajas y Desventajas del parto vertical, el 43.2% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Alto”, el 28.4% un nivel “Medio” y el 28.4% un nivel “Bajo”.

Acerca de la dimensión sobre indicaciones y contraindicaciones del parto vertical, el 44.6% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Medio”, el 36.5% un nivel “Bajo” y el 18.9% un nivel “Alto”.

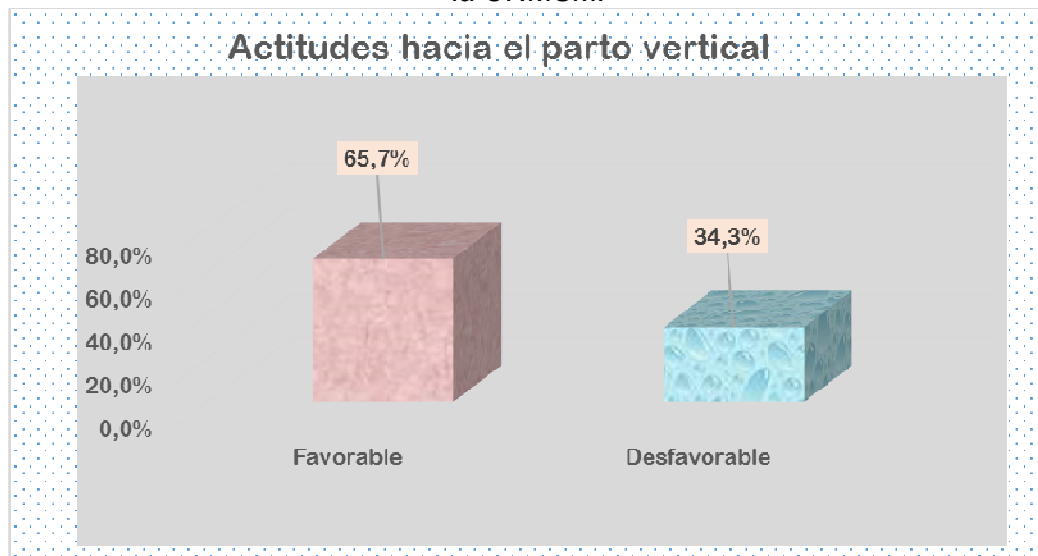
**Tabla N°3: Respuestas sobre el nivel de conocimiento de los internos de Obstetricia de la UNMSM.**

<b>Respuestas sobre el nivel de conocimiento</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Año en que se emitió la norma técnica.	Incorrecto	42	56.8%
	Correcto	32	43.2%
Proceso que no corresponde a la atención del parto vertical.	Incorrecto	49	66.2%
	Correcto	25	33.8%
Elección del parto vertical	Incorrecto	9	12.2%
	Correcto	65	87.8%
En el parto vertical promueve	Incorrecto	3	4.1%
	Correcto	71	95.9%
El caminar durante el parto Vertical, durante la fase de dilatación facilita:	Incorrecto	1	1.4%
	Correcto	73	98.6%
En el parto horizontal se tienen la siguiente ventaja	Incorrecto	22	29.7%
	Correcto	52	70.3%
Ventaja del parto vertical	Incorrecto	1	1.4%
	Correcto	73	98.6%
Desventajas de la atención del parto vertical	Incorrecto	40	54.1%
	Correcto	34	45.9%
Principal indicación del parto vertical	Incorrecto	73	98.6%
	Correcto	1	1.4%
Principales contraindicaciones del parto vertical	Incorrecto	1	1.4%
	Correcto	73	98.6%
Posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical.	Incorrecto	3	4.1%
	Correcto	71	95.9%
Ventajas de la variedad de posiciones	Incorrecto	42	56.8%
	Correcto	32	43.2%
Posición que puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación	Incorrecto	41	55.4%
	Correcto	33	44.6%
Durante el parto vertical, el manejo del dolor, se caracteriza por:	Incorrecto	4	5.4%
	Correcto	70	94.6%
<b>TOTAL</b>		<b>74</b>	<b>100.0%</b>

Respecto a las respuestas sobre el nivel de conocimiento, el 98.6% responden incorrectamente sobre las indicaciones del parto vertical, el 66.2% de los internos responden incorrectamente sobre el proceso de atención del parto vertical, el 56.8% de los internos respondieron de forma incorrecta sobre el año en que se emitió la norma técnica y el 56.8% responde de forma incorrecta

sobre las ventajas de la variedad de posiciones en el parto vertical. El 98.6% de los internos responde correctamente sobre las ventajas del parto vertical y el 98.6% sobre las principales contraindicaciones del parto vertical. (Ver tabla N°3)

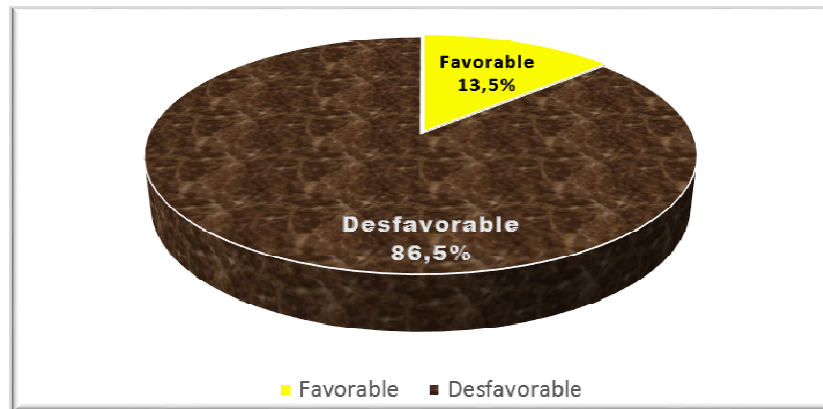
**Gráfico N°2:** Actitudes sobre el parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.



El 65.7% de los internos tienen actitudes favorables hacia el parto vertical y el 34.3% actitudes desfavorables (Grafico N°2).

### ***Análisis cuantitativo de la atención del parto vertical.***

**Gráfico N°3:** percepción sobre la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.



Se observa que el 86.5% tiene una actitud “desfavorable sobre la atención del parto vertical, y solo un 13.5% tiene una actitud “favorable”. Esto debido a que la mayoría de los internos mostro una actitud “desfavorable”, puesto que están “en desacuerdo” (43.2%) y “completamente en desacuerdo” (56.8%) a estar preparado a brindar atención de parto vertical, más de la mitad percibe que parto vertical generaría incomodidad en el profesional que atiende el parto, un 52,7 % no está al tanto de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA. Sin embargo el 100% estaría de acuerdo o completamente de acuerdo en recibir capacitación necesaria para la atención de parto vertical (Gráfico N°3 y tabla N°4).



**Tabla N°4: percepción sobre la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.**

<b>Percepción sobre la atención del parto vertical</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
¿Se siente preparado(a) a brindar una atención del parto vertical?	En desacuerdo	32	43.2%
	Completamente en desacuerdo	42	56.8%
¿Estaría dispuesto(a) a recibir capacitación necesaria para la atención de parto vertical?	De acuerdo	5	6.8%
	Completamente de acuerdo	69	93.2%
¿Considera que la atención de parto vertical generaría incomodidad en el profesional que atiende el parto?	Completamente de acuerdo	3	4.1%
	De acuerdo	20	27.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	18.9%
	En Desacuerdo	35	47.3%
	Completamente en desacuerdo	2	2.7%
¿Está al tanto de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?	En desacuerdo	17	23.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	29.7%
	De acuerdo	17	23.0%
	Completamente de acuerdo	18	24.3%
¿Cree que la posición de parto vertical generaría un mayor trabajo en el profesional que atiende el parto?	Completamente en desacuerdo	4	5.4%
	En desacuerdo	24	32.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	18.9%
	De acuerdo	25	33.8%
	Completamente de acuerdo	7	9.5%

### **Análisis cualitativo de la atención del parto vertical**

Al indagar acerca de las actitudes de los internos sobre la atención del parto vertical, la mayoría de ellos no se sentían preparados o capacitados para ejecutar esta modalidad de parto, puesto que refieren que no han tenido las practicas suficientes o no conocen las pautas para realizar este tipo de atención, manifestando inseguridad e inexperiencia.

**Pregunta N°1: ¿Se siente preparado y capacitado para realizar una atención de parto vertical? ¿Por qué?**

*“No me siento preparada... en mis practicas siempre adoptamos la posición de litotomía... he visto un parto vertical pero no es lo suficiente como para llevarlo a la práctica”. (Interno 1)*

*“No estoy preparada... en la carrera no hubo una clase o en algún taller donde nos dieran pautas... en el internado son pocas las sedes donde realizan el parto vertical”. (Interno 2)*

*“No estoy capacitado... jamás tuve la oportunidad de siquiera ver una atención de parto vertical como para corroborar la teoría... y actuar con mayor confianza”. (Interno 3)*

Pese a ello, hubo un interno que si manifestó conocimientos teóricos y prácticos que le pueden permitir realizar una atención de parto vertical, pero esta habilidad no la adquirió durante la formación profesional, sino como parte de una rotación en un centro hospitalario.

*“Sí, porque aparte de los conocimientos teóricos, en mis prácticas como interna del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé pude atender partos en vertical y humanizado, recibiendo la enseñanza de médicos y obstetras capacitados en ello”. (Interna 5)*

Al exponerles la pregunta sobre si estaban dispuestos a participar activamente en la atención del parto vertical, la totalidad de ellos respondió que “Sí”,

principalmente para brindar a la paciente una atención integral y de respeto hacia sus costumbres, pero primero coinciden en una preparación previa.

**Pregunta N°2 ¿Estaría dispuesto a participar de manera activa en la atención del parto vertical? ¿Por qué?:**

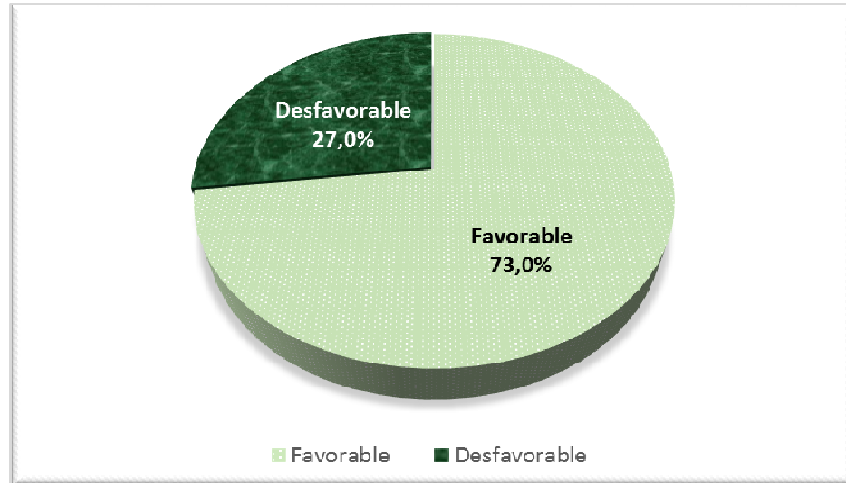
*“Si por supuesto siempre y cuando yo antes haya sido capacitada... se podría brindar una mejor calidad de atención y confort a las pacientes”. (Interno 6)*

*“Claro que sí, porque sería bueno para mi perfil profesional... toda paciente tiene derecho a elegir su parto en la posición que desee, pero para esto necesitamos una preparación” (Interno 2)*

*“Sí... me gustaría aprender más esta modalidad de atención... quiero estar preparado para brindar una atención acorde a las ideas, pensamientos y cultura que pueda tener una mujer al momento del trabajo de parto” (Interno 3)*

**Análisis cuantitativo de la opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical.**

**Gráfico N°4:** *opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.*



Respecto a los aspectos culturales, el 73% de los internos muestran una actitud “Favorable”, mientras que el 27% una actitud “Desfavorable”; ya que el 90.5% considera que implementar el parto vertical en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar la cultura de la mujer, el 89.2% está en “desacuerdo” y “completamente en desacuerdo” a que el parto vertical se debería realizar solo en zonas rurales, el 94.6% está de en “desacuerdo” y “completamente en desacuerdo” en que el parto vertical solo lo deberían realizar las parteras y el 79.7% está completamente de acuerdo en que en el parto vertical se debe incluir la presencia de acompañante (Gráfico N°4 y tabla N°5).

**Tabla N°5: opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.**

<b>Opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
¿Considera que la implementación del parto vertical en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar la cultura de la mujer?	En desacuerdo	1	1.4%
	De acuerdo	6	8.1%
	Completamente de acuerdo	67	90.5%
¿Considera que la atención de parto vertical solo debe realizarse en zonas rurales?	Completamente de acuerdo	3	4.1%
	De acuerdo	1	1.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	5.4%
	En Desacuerdo	42	56.8%
	Completamente en desacuerdo	24	32.4%
¿Cree que la posición de parto vertical solo debe realizarse por las parteras o comadronas y no por el profesional que atiende el parto?	Completamente de acuerdo	2	2.7%
	De acuerdo	2	2.7%
	En Desacuerdo	42	56.8%
	Completamente en desacuerdo	28	37.8%
¿Está de acuerdo con que la atención de parto vertical debe incluir la presencia de acompañante?	De acuerdo	15	20.3%
	Completamente de acuerdo	59	79.7%

***Análisis cualitativo de la opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical.***

**Aspectos Culturales**

En cuanto a los aspectos culturales, los internos opinan que: el parto vertical no solo se debe realizar en zonas rurales, sino que debería ser practicado y promocionado a nivel nacional, puesto que en todos los sectores del país hay población de mujeres gestantes procedentes de áreas rurales, que desean preservar su cultura y la manera de atención del parto, asimismo sugieren la inclusión de esta modalidad en las diferentes instituciones a nivel nacional.

Pregunta N°5: ***¿Piensa que el parto vertical solo es para zonas rurales?***

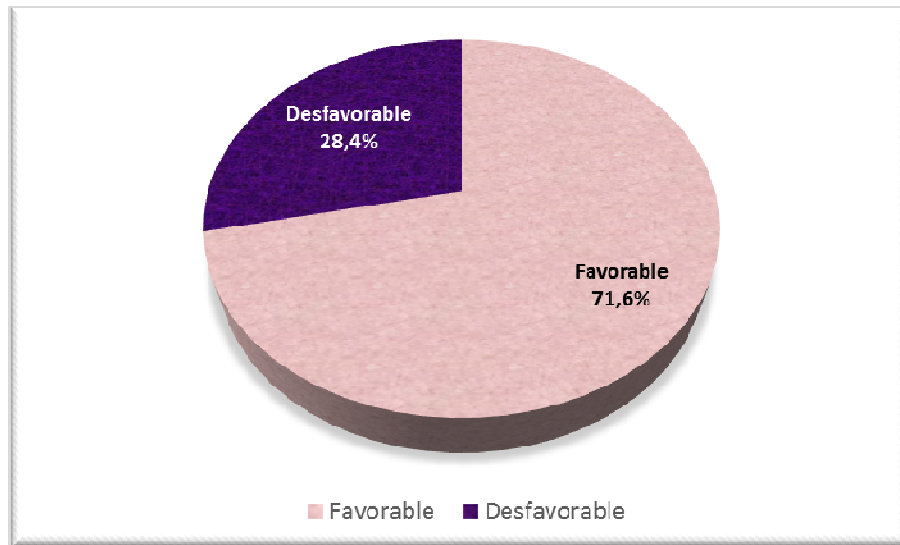
*“El parto vertical no solo es para zonas rurales... tanto en la capital como en zonas rurales contamos con mucha diversidad cultural y tanto la mujer que procede de provincia como la que es de zona costera merece atención donde se conserven sus costumbres...” (Interno 1)*

*“...hay que tener en cuenta que debería ser una opción para toda gestante a nivel nacional, porque es su derecho como mujer y madre...” (Interno 2)*

*... muchas mujeres de las zonas rurales tienen este tipo de costumbres o creencias con respecto al parto... estas mujeres al lugar que vayan o migren van a conservar sus ideas, creencias y costumbres y es por ello que en cualquier parte del mundo el profesional debe estar capacitados para atender a una mujer que desee tener un parto vertical y si se tiene en cuenta esto, estaremos respetando la cultura de cada persona. (Interno 6)*

***Análisis cuantitativo sobre el respeto a la elección del parto vertical.***

***Gráfico N°5: actitud de respeto por la elección del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.***



Acerca del respeto por la elección a la posición de parto, el 71.6% presenta una actitud “favorable”, y un 28.4% una actitud “desfavorable”; debido a que el 25.7% y 71.6% está “de acuerdo” y “completamente de acuerdo” en respetar la decisión de la paciente para optar por la atención vertical del parto, el 35.1% y el 62.2% está de acuerdo y “completamente de acuerdo” en informar sobre la opción del parto vertical y el 48 % esta, y el 43.2% y 48.6% está “en desacuerdo” y “completamente en desacuerdo” que el profesional de salud es quien decide qué posición del parto (Gráfico N°5 y Tabla N°6).

**Tabla N°6: Respeto por la elección de la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.**

<b>Respeto por la elección de la atención del parto vertical</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
¿Considera que se debe respetar la decisión de la paciente si opta por la posición vertical para la atención del parto?	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2.7%
	De acuerdo	19	25.7%
	Completamente de acuerdo	53	71.6%
¿Le parece que debe informar sobre la posición de parto diferente a la horizontal a todas las mujeres?	En desacuerdo	1	1.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	1.4%
	De acuerdo	26	35.1%
	Completamente de acuerdo	46	62.2%
¿Considera que el profesional de salud es quien decide qué posición es la más adecuada para la paciente?	Completamente de acuerdo	1	1.4%
	De acuerdo	2	2.7%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4.1%
	En Desacuerdo	32	43.2%
	Completamente en desacuerdo	36	48.6%



### ***Análisis cualitativo sobre el respeto a la elección del parto vertical.***

#### **Respeto por la elección**

Respecto a la pregunta sobre si en el hospital debería haber un ambiente especial para la atención del parto vertical, los internos manifestaron que es necesaria la implementación de un ambiente o servicio exclusivo donde se oferte esta modalidad de parto, para comodidad de la parturienta y una adecuación cultural.

***Pregunta N°4: ¿Estaría de acuerdo que en el hospital donde labore o realice prácticas, haya un ambiente especial para la atención del parto vertical? ¿Por qué?***

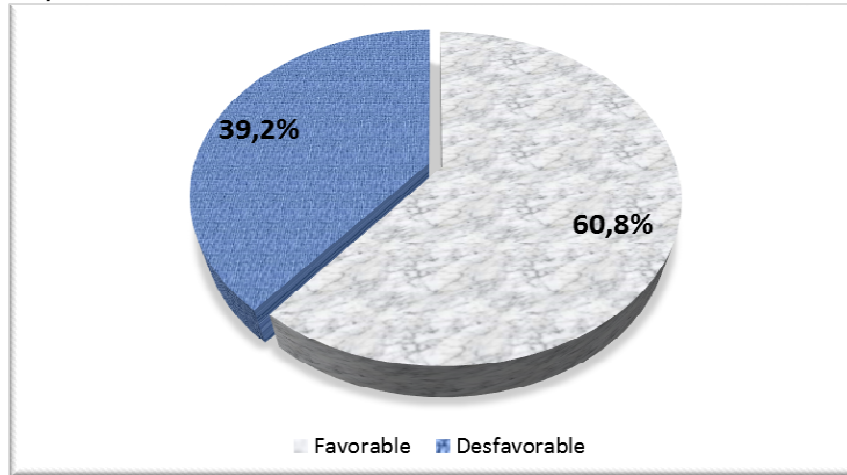
*“...esta manera se brinda a la paciente una gama de alternativas para su atención y comodidad y teniendo este ambiente exclusivo ya no se improvisaría un ambiente como se viene haciendo en la mayoría de establecimientos de salud”. (Interno 1)*

*“Sí, porque muchas mujeres desean que su parto sea según su comodidad, otra por sus creencias y creo yo que el personal de salud capacitado en esta área debe ser competente, estar preparado y adecuarse...” (Interno 3)*

*“Sí, por que un establecimiento de salud debe estar en la capacidad de brindar las mejores condiciones para la atención que requiera y desee una gestante”. (Interno 4)*

**Análisis cuantitativo sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical.**

**Gráfico N°5:** Percepción sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.



Por último, en cuanto a los aspectos afectivos, el 60.8% de los internos de obstetricia tienen una actitud “favorable” y el 39.2% una actitud “desfavorable”. El 64.9% está “completamente de acuerdo” en que el parto vertical es un parto más humanizado; el 66.2% está “completamente de acuerdo” en que el parto vertical crea vínculos entre la madre y el feto; y el 67.6% está “completamente de acuerdo” que el parto vertical promueve una participación más activa de la madre por ello surge un mayor vínculo afectivo (Gráfico N°5 y Tabla N°6).

**Tabla N°6: Percepción sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical de los internos de Obstetricia de la UNMSM.**

<b>Percepción sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
¿Piensa que el parto vertical significa un parto más humanizado?	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	5.4%
	De acuerdo	22	29.7%
	Completamente de acuerdo	48	64.9%
¿Piensa Ud. que el parto en posición vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto?	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	10.8%
	De acuerdo	17	23.0%
	Completamente de acuerdo	49	66.2%
¿Cree que el parto vertical promueve una participación más activa de la madre por ello surge un mayor vínculo afectivo?	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2.7%
	De acuerdo	22	29.7%
	Completamente de acuerdo	50	67.6%
<b>TOTAL</b>		<b>74</b>	<b>100.0%</b>

***Análisis cualitativo sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical.***

**Aspectos Afectivos**

La participación activa del acompañante es una de las opciones que los internos sugieren como estrategia, para que un goce pleno del parto, sin embargo la mayor parte coincide que previo, deberían haber capacitaciones o preparación a la persona que acompañara en el parto, para que apoye emocionalmente y genere a la larga estrés o preocupación.

***Pregunta N°3: ¿Permitiría la participación activa del acompañante en la atención del parto vertical? ¿Por qué?***

*“Si pero previamente evaluaría la conducta del acompañante para que de esta manera su participación sea productiva y genere apoyo a su familiar”. (Interno 1)*

*“Por supuesto que sí, porque parte de un parto humanizado es permitir que la madre tenga derecho a elegir un acompañante durante su parto...” (Interno 2)*

*“Sí, siempre y cuando se le haya preparado al acompañante a través de las clases de Psicoprofilaxis... lo que se requiere es que el acompañante sea un apoyo emocional positivo y no algo que le genere más estrés, tensión o preocupación...” (Interno 3)*

*“Si, por que se ha demostrado un aporte significativo a la atención del parto, además es un derecho para la mujer y su familia...” (Interno 4)*

#### 4. DISCUSION

En el presente estudio se observó que el nivel de conocimiento sobre el parto vertical que poseen los internos de obstetricia fue “Medio” en el 37.8% y “Alto” en el 31.1%, ya que la mayoría respondió correctamente acerca de la elección del parto vertical (87.7%), de lo que promueve el parto vertical (95.9%), de las contraindicaciones (98.6%) y posiciones del parto vertical (95.9%), así como de las características del manejo del dolor durante el parto vertical (94.6%); no obstante hay un porcentaje considerable de internos que alcanzó un nivel bajo de conocimientos, siendo del 31.1%, pues respondieron incorrectamente sobre el año en que se emitió la Norma Técnica de parto vertical (56.8%), el proceso de atención del parto vertical (66.2%), las indicaciones (98.6%) y las ventajas de la variedad de posiciones (56.8%) del parto vertical. Esto es disímil a lo reportado por **Cortez**, quien demostró que un mayor porcentaje de los encuestados tenía un nivel de conocimiento Medio (93.4%), probablemente porque su estudio fue realizado en profesionales de la salud. Por su parte, **Maldonado, Átala, Soto y Ortega** encontraron en su trabajo que el 97.4% de los profesionales de la salud tuvieron conocimientos buenos. De acuerdo a lo manifestado se puede evidenciar que los internos de Obstetricia aún desconocen sobre algunos puntos importantes del parto vertical probablemente por la falta de información sobre este tema.

En cuanto a las actitudes frente al parto vertical, en la presente investigación se observó que la mayoría de los internos tuvo una actitud favorable (65.7%); muy similar al estudio de **Espinola, Lavado, Montoya, Saavedra, Varas e Ysla**, quienes hallaron que los estudiantes universitarios tuvieron una actitud favorable (77.3%) frente al parto vertical. A pesar que el trabajo de **Maldonado, Átala, Soto y Ortega** fue realizado en profesionales de la salud, también se encontró que el 97.4% de los participantes tuvieron una buena actitud hacia el parto vertical.

Al evaluar las actitudes por dimensiones obtuvimos lo siguiente:

Acerca de la atención del parto vertical, en el presente estudio, los internos de obstetricia tuvieron actitudes desfavorables (86.5%), al manifestar que estarían

completamente en desacuerdo en brindar una atención del parto vertical y estar de acuerdo en que la posición del parto vertical generaría un mayor trabajo en el profesional que atiende el parto, en cambio en el trabajo **Cortez**, los profesionales encuestados estaban de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical. Con ello se puede demostrar que los internos presentan estas actitudes, posiblemente porque se sienten inseguros o con falta de experiencia por no haber sido capacitados, sin embargo al recibir una preparación previa, si estarían dispuestos a participar como actor principal de dicha atención respetando la cultura de las pacientes.

En relación a los aspectos culturales de la atención del parto vertical, en la presente investigación, los internos de obstetricia presentaron una actitud favorable (73%), ya que opinaron estar en desacuerdo que la atención de parto vertical solo debe realizarse en zonas rurales y completamente en desacuerdo que la posición del parto vertical solo debe realizarse por las parteras o comadronas y no por el profesional que atiende; lo cual se asemeja con lo observado por **Cortez**, pues en su estudio los profesionales de la salud refirieron estar en desacuerdo en que la atención del parto vertical debe ser aplicable solo para atención de parto por parteras y no por profesionales de la salud, además estuvieron de acuerdo con la presencia de un familiar que acompañe a la parturienta en la atención del parto. Esto muestra que los internos tienen actitudes adecuadas frente a los aspectos culturales de la atención del parto vertical, puesto que señalaron que el parto vertical se practica a nivel nacional, tanto en zonas rurales como urbanas, teniendo un respeto a la cultura de cada lugar.

Sobre el respeto por la elección del parto vertical, en el presente estudio, los internos de Obstetricia tuvieron un actitud favorable (71.6%), al mencionar estar completamente de acuerdo que se debe respetar la decisión de la paciente si opta por la posición vertical para la atención del parto; esto es similar a los resultados encontrados por **Cortez**, pues en su trabajo los profesionales de la salud estuvieron de acuerdo que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto. Esto evidencia que los internos respetan la

elección de la gestante sobre la posición que desean adoptar al momento del parto, por ello consideran que en los Hospitales debería haber un ambiente especial para la atención del parto vertical, teniendo en cuenta las creencias y costumbres de las pacientes.

En relación a los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical, en la presente investigación, los internos de obstetricia presentaron una actitud favorable (60.8%) al mencionar estar completamente de acuerdo que el parto vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto y que promueve una participación más activa de la madre. Es más muchas veces durante el proceso de atención del parto vertical se puede lograr un vínculo no solo entre la madre y el hijo, sino también con el padre, por ello la participación activa de la pareja contribuye a ser un soporte emocional.

## **5. CONCLUSIONES**

El nivel de conocimiento sobre el parto vertical en la mayoría de internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2015 fue “Medio” (37.8%) y las actitudes fueron “favorables” en el 65.7%.

Los conocimientos sobre el parto vertical fueron diferentes en grupos proporcionales, puesto que en el 37.8% de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tuvieron un conocimiento “medio”, el 31.1% conocimiento “alto” y el otro 31.1% “Bajo”.

Las actitudes frente al parto vertical fueron “favorables” en el 65.7% de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, debido a que la mayoría tuvo una percepción “desfavorable” (86.7%) sobre el parto vertical, una opinión “favorable” (73%) sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical, una actitud “favorable” (71.6%) sobre el respeto a la elección del parto vertical, y una percepción “favorable” (60.8%) sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical.



## **6. RECOMENDACIONES**

- Las autoridades encargadas del syllabus de los cursos de Obstetricia deben incorporen más temas de parto vertical, con la finalidad de que tanto los estudiantes como los internos amplíen sus conocimientos acerca de las modalidades del parto vertical, sus ventajas y desventajas.
- Implementar un aula donde se cuente con todos los instrumentos necesarios para la simulación de la atención de un parto con enfoque intercultural, de tal manera que no sólo las prácticas sean enfocadas al parto en posición horizontal sino también vertical.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Lima: Ministerio de Salud, 2005.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de regulación de los Programas de atención a las personas. Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2011.
3. Diario. Partos en centros de salud aumentaron de 81% a 89%. El Peruano. Jueves 24 de setiembre de 2015.
4. Canelón M. Significado del parto vertical para los/las obstetras. Una propuesta educativa [Tesis]. Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación; 2015.
5. Maldonado G, Átala C, Soto E, Ortega M. Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2014.
6. León M. Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural [Tesis]. Guatemala: universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
7. Cortez M. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP-Año 2013 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.
8. Espinola F, Lavado F, Montoya Z, Saavedra A, Varas P, Ysla C. Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, Marzo-Junio 2009. ECI Perú 2009; 6(2): 8-14.
9. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008; 54(1):49-57.

10. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev. Panam. Salud Publica* 2009; 26(4).
11. Seinfeld J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Canadá: Fundación Canadiense para las Américas; 2011.
12. Subsecretaría de Innovación y Calidad. La atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. [Consultado el 08 de agosto del 2015]. Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D2.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D2.pdf)
13. Subsecretaría de Innovación y Calidad. La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud. [Consultado el 15 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://partolibremexico.org/files/Modelo-de-parto-vertical-en-la-S-de-Salud-MEXICO.pdf>
14. Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma del sector salud PARSALUD II. Libre elección de parto en posición vertical. [Consultado el 11 de agosto del 2015]. Disponible en: [http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR\\_9pv.pdf](http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR_9pv.pdf).
15. Franco N, Ayllón S, Vallejo M, Hansen K. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata, Cochabamba, Bolivia. *Rev. méd. (Cochabamba)* 2010; 21(1).
16. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev. Cubana Obste Ginecol.* 2012; 38(1).
17. Castillo M, Cahuata A, Calle A, Muñoz R. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012. *Horiz Med* 2014; 14(1): 31-37.
18. Vela G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril del 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.

19. Belohlavek P. El conocimiento. La ventaja competitiva. 1° ed. Blue Eagle Group; 2005.
20. Ramos P, Torres D, Llanca L. Percepción de los profesionales gineco-obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna. Ciencia y Desarrollo 2006. [Consultado el 12 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/01011002106.pdf>.
21. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Capítulo X: Actitudes: Definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo De la acción razonada y acción planificada. Psicología social, cultura y educación. [Consultado el 12 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>.
22. García K, Orellana D, Solórzano D. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas acerca del parto vertical [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica Clínica sobre la atención al parto normal. 1ª edición. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
24. Lozano R. Interculturalidad: Desafío y proceso en construcción. Perú: Servicios de Comunicación Intercultural; 2005.
25. Alavez A. Interculturalidad: concepto, alcances y derecho. 1ª ed. Mexico: Cámara de Diputados, Mesa Directiva; 2014.
26. Soto M. Educar con respeto, un valor en alza. Revista de la Educación en Extremadura 2010. [Acceso el 05 de febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta\\_archivos/numero\\_6\\_archivos/m\\_p\\_s\\_ruiz.pdf](http://www.anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta_archivos/numero_6_archivos/m_p_s_ruiz.pdf)
27. Rodríguez Y. Las emociones en el proceso de enseñanza-aprendizaje. 2016. Disponible en: [http://vinculando.org/psicologia\\_psicoterapia/emociones-proceso-ensenanza-aprendizaje.html](http://vinculando.org/psicologia_psicoterapia/emociones-proceso-ensenanza-aprendizaje.html)

## **8. ANEXOS**

### **INDICE**

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	59
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
III. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL.....	63
IV. ACTITUDES FRENTE AL PARTO VERTICAL.....	66
V. GUIA DE FOCUS GROUPS.....	68
VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO .....	69
VII. CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO	71
VIII. CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES...	73
IX. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO .....	74

# I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE VERIFICACION	CODIFICACIÓN	VALOR FINAL
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO VERTICAL</b>	Conjunto de información adquirida por una persona sobre parto vertical	Conocimientos sobre Definiciones y Posiciones	Norma técnica, Parto vertical, Parto horizontal	Cualitativa	Nominal	Cuestionario N°1 (preg. 1 a 4)	Incorrecto=0 Correcto=1	Alto = 3 Medio= 2 Bajo= 1
		Conocimientos sobre Ventajas y Desventajas	Ventajas y desventajas del parto vertical y horizontal	Cualitativa	Nominal	Cuestionario N°1 (preg.5 a 9)	Incorrecto=0 Correcto=1	Alto = 3 Medio= 2 Bajo= 1
		Conocimientos sobre Indicaciones y Contraindicaciones	Indicaciones y contraindicaciones y Posiciones del parto vertical	Cualitativa	Nominal	Cuestionario N°1 (preg. 10 a 14)	Incorrecto=0 Correcto=1	Alto = 3 Medio= 2 Bajo= 1
<b>ACTITUDES FRENTE AL PARTO VERTICAL</b>	Es la predisposición y los valores ante el Parto Vertical	Percepción sobre la atención del Parto Vertical	Actitudes frente al parto vertical	Cualitativa	Nominal	Cuestionario N°2	Completamente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3 En desacuerdo=2 Completamente en desacuerdo=1	Favorables = 0, Desfavorables= 1
		Opinión respecto a los aspectos Culturales					Completamente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni	

							en desacuerdo=3	
							En desacuerdo=2	
							Completamente en desacuerdo=1	
		Opinión hacia el respeto por la elección					Completamente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3	
							En desacuerdo=2	
							Completamente en desacuerdo=1	
		Percepción sobre los aspectos Psico-afectivos					Completamente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3	
							En desacuerdo=2	
							Completamente en desacuerdo=1	

## II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....de.....años de edad con número de DNI....., manifiesto que he sido informado(a) de las características propias y beneficios que podría obtener al participar del presente estudio de investigación acerca de los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Entiendo que ello significa que debo comprometerme a contestar con sinceridad las preguntas establecidas en cuestionario para la investigación.

Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que eso me afecte de ninguna manera.



Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a la Srta.  
Rodríguez Honorio, Lyliana para participar en su investigación y la  
información que obtenga sea utilizada para el logro de sus objetivos.

-----

Firma Investigador

.....

Firma Participante

### III. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL

A continuación se presentaran una serie de premisas con el objetivo de identificar la información que usted tiene sobre el parto vertical y sus actitudes frente a ésta técnica de atención del parto. Tenga presente que el siguiente cuestionario no es un examen o prueba que tendrá algún efecto sobre sus rendimiento académico, por lo cual se le pide absoluta sinceridad y seriedad en sus desarrollo. Cabe resaltar que se guardará absoluta confidencialidad de su identidad.

#### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad: \_\_\_\_\_
  2. Sexo:  
Mujer ☐ Varón ☐
  3. Estado Civil:  
Soltero ☐ Conviviente ☐ Casada ☐
- 

#### **CONOCIMIENTOS DEL PARTO VERTICAL**

1. ¿En qué año se emitió la norma técnica para la atención del parto en posición vertical con adecuación intercultural?
  - a. 2000
  - b. 2003
  - c. 2005
  - d. 2007
2. ¿Cuál no corresponde al proceso de atención del parto vertical?:
  - a. Se puede permitir el ingreso del acompañante.
  - b. Permitir la ingesta de alimentos fríos.
  - c. Se realiza control de funciones vitales.
  - d. Se realiza el control obstétrico cada 30 a 45 minutos.
3. La elección del parto vertical depende:
  - a. De la parturienta
  - b. Del Profesional de salud

- c. De que no exista contraindicaciones
  - d. a y c
4. En el parto vertical se:
- a. Promueve una participación más activa de la madre
  - b. No conlleva a riesgo del bebe
  - c. Crea vínculos afectivos entre la madre y el feto
  - d. Todas las anteriores
5. En el parto Vertical, durante la fase de dilatación, el caminar:
- a. Estimula las contracciones
  - b. Facilita el descenso del feto
  - c. Mejora la dilatación del cuello uterino
  - d. Todas las anteriores.
6. En el parto horizontal se tienen la siguiente ventaja:
- a. Favorece la comodidad del médico – obstetra en la atención del parto para su óptimo desempeño.
  - b. Favorece la revisión médica del canal del parto.
  - c. Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.
  - d. Todas las anteriores.
7. ¿Cuál de las siguientes es una ventaja del parto vertical?
- a. El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por tanto no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
  - b. Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en transversal.
  - c. La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorecen el encaje y el descenso del feto.
  - d. Todas las anteriores
8. ¿Cuáles son las desventajas de la atención del parto vertical?
- a. Mayor frecuencia de desgarro de la vagina.
  - b. Mayor pérdida sanguínea.
  - c. Falta de energía de la mujer para mantenerse en cuclillas.
  - d. Todas las anteriores.
9. La principal indicación del parto vertical es:
- a. Se realiza en gestantes con alguna complicación obstétrica.
  - b. Solo se realiza en presentación cefálica.
  - c. Incompatibilidad feto pélvica.
  - d. Estrechez pélvica.

10. Las principales contraindicaciones del parto vertical son:
- Prematurez.
  - Antecedente de Parto Complicado.
  - Embarazo Pos término.
  - Todas las anteriores.
11. Son posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical, excepto:
- Posición de rodillas
  - Posición de litotomía
  - Posición cogidas de la soga
  - Posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo)
12. Ventajas de la variedad de posiciones, excepto
- Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto
  - Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto
  - Puede aumentar la duración de la segunda etapa
  - Menores patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal
13. Posición que puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.
- Posición de cuatro puntos (Posición rodillas y manos)
  - Posición sentada
  - Posición semi-sentada
  - Posición de cuclillas
14. Durante el Parto Vertical, el manejo del dolor, se caracteriza por:
- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional
  - Limitar la libertad de expresión de acuerdo a costumbres
  - Evitar las técnicas de relajación y masajes
  - Evitar la ingesta de infusiones de hierbas según costumbre local.

#### IV. ACTITUDES FRENTE AL PARTO VERTICAL

Actitudes frente al Parto Vertical		Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<b>Atención del Parto Vertical</b>						
1	¿Estaría dispuesto(a) a brindar una atención del parto vertical?					
2	¿Estaría dispuesto(a) a recibir capacitación necesaria para la atención de parto vertical?					
3	¿Considera que la atención de parto vertical generaría incomodidad en el profesional que atiende el parto?					
4	¿Está al tanto de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?					
5	¿Cree que la Posición de parto vertical generaría un mayor trabajo en el profesional que atiende el parto?					
<b>Aspectos Culturales</b>						
6	¿Considera que la implementación del parto vertical en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar la cultura de la mujer?					
7	¿Considera que la atención de parto vertical solo debe realizarse en zonas rurales?					
8	¿Cree que la posición de parto vertical solo debe realizarse por las parteras o comadronas y no por el profesional que atiende el parto?					
9	¿Está de acuerdo con que la atención de parto vertical debe incluir la presencia de acompañante?					
<b>Respeto por la elección</b>						
10	¿Considera que se debe respetar la decisión de la paciente si opta por la posición vertical para la atención del parto?					
11	¿Le parece que debe informar sobre la posición de parto diferente a la horizontal a todas las mujeres?					
12	¿Considera que el profesional de salud es quien decide qué posición es la más adecuada para la paciente?					

Aspectos Afectivos					
13	¿Piensa que el parto vertical significa un parto más humanizado?				
14	¿Piensa Ud. que el parto en posición vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto				
15	¿Cree que el parto vertical promueve una participación más activa de la madre por ello surge un mayor vínculo afectivo?				

## **V. GUÍA DE FOCUS GROUPS**

1. ¿Se siente preparado y capacitado para realizar una atención de parto vertical?  
¿Por qué?
2. ¿Estaría dispuesto a participar de manera activa en la atención del parto vertical?  
¿Por qué?:
3. ¿Permitiría la participación activa del acompañante en la atención del parto vertical?  
¿Por qué?:
4. ¿Estaría de acuerdo que en el hospital donde labore o realice prácticas, haya un ambiente especial para la atención del parto vertical?  
¿Por qué?
5. ¿Piensa que el parto vertical solo es para zonas rurales?

## VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N° Juez					
	1	2	3	4	5	Prob.
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	0	1	0	1	<b>0.312</b>
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	0	1	<b>0.156</b>
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>

En la evaluación de juicio de expertos, se consideró a:

- Favorable = 1pto.
- Desfavorable = 0 ptos.

Se midió la validez de instrumento mediante la prueba binomial, la cual muestra evidencias estadísticas para afirmar que existe concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez



del instrumento. Los criterios 1, 2, 3, 6, 7 y 8 tienen un  $p < 0.05$ , por lo tanto, sí existe concordancia en estos ítems. Los criterios 4 y 5 fueron revisados y corregidos de forma cualitativa, ya que se obtuvo un resultado  $p > 0.05$ . Además se mejoró la redacción de los ítems según lo sugerido por los expertos.

## VII.CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Coeficiente de Kuder - Richardson																
	Preguntas o ítems														Puntaje Total (xi)	(xi-X)²
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14		
E1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	10	0,25
E2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	10	0,25
E3	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
E4	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
E5	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	8	2,25
E6	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2,25
E7	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2,25
E8	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	9	0,25
E9	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	10	0,25
E10	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	7	6,25
E11	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	10	0,25
E12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	11	2,25
E13	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	10	0,25
E14	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	2,25
E15	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	8	2,25
E16	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	7	6,25
E17	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
E18	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
E19	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	10	0,25
E20	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
E21	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	10	0,25
E22	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2,25
E23	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2,25
E24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	12,25
E25	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	10	0,25
E26	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	10	0,25
E27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	12	6,25
E28	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	12	6,25
E29	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5	20,25
E30	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	2,25
Total	11	17	26	29	30	21	30	11	0	30	28	11	12	29	285	91,50
Media	0,37	0,57	0,87	0,97	1,00	0,70	1,00	0,37	0,00	1,00	0,93	0,37	0,40	0,97	9,50	18,63
p=	0,37	0,57	0,87	0,97	1,00	0,70	1,00	0,37	0,00	1,00	0,93	0,37	0,40	0,97	9,50	18,63
q=	0,63	0,43	0,13	0,03	0,00	0,30	0,00	0,63	1,00	0,00	0,07	0,63	0,60	0,03	4,50	8,37
p.q=	0,23	0,25	0,12	0,03	0,00	0,21	0,00	0,23	0,00	0,00	0,06	0,23	0,24	0,03	1,63	3,04
# de ítems	14															
# de encuest	30															
(st)exp2	3,05															
rtt	0,60															

<b>COEFICIENTE CORRELACION MAGNITUD</b>	
<b>0,70 a 1,00</b>	<b>Muy Fuerte</b>
<b>0,50 a 0,69</b>	<b>Sustancial</b>
<b>0,30 a 0,49</b>	<b>Moderada</b>
<b>0,10 a 0,29</b>	<b>Baja</b>
<b>0,01 a 0,09</b>	<b>Despreciable</b>

### VIII. CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES

N	ITEM															Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	69
2	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	69
3	4	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	69
4	4	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	69
5	4	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	69
6	4	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	69
7	4	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	69
8	5	5	4	4	3	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4	63
9	5	5	4	4	3	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4	63
10	5	5	4	5	2	5	1	5	5	5	4	5	5	5	5	66
11	5	5	2	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	67
12	5	5	2	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	67
13	5	5	5	4	2	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	67
14	4	5	3	2	3	5	1	5	5	4	5	2	5	3	3	55
15	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	57
16	4	4	4	3	2	5	4	4	5	5	4	2	4	4	4	58
17	5	5	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	58
18	5	5	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	58
19	5	5	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	58
20	4	5	2	5	4	5	4	4	4	4	2	5	4	3	4	59
21	5	5	2	2	4	5	4	4	4	4	4	1	5	5	5	59
22	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
23	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
24	4	4	3	3	3	4	4	5	5	5	4	4	3	4	4	59
25	4	5	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	60
26	4	5	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	60
27	4	5	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	60
28	4	5	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	60
29	5	5	3	4	3	5	3	4	5	5	4	4	4	4	3	61
30	4	5	2	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	3	4	62
Varianza	0,25	0,14	1,10	0,85	0,94	0,17	0,90	0,42	0,22	0,25	0,42	0,93	0,46	0,42	0,37	21,56
Suma_var	7,84															

k (ITEM) 22  
 N 15  
 r-Alpha de Cronbach 0,67

## IX. MEDICIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO VERTICAL

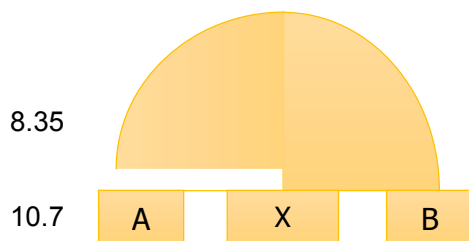
### Calculo del nivel de conocimiento:

El nivel de conocimientos sobre el Parto Vertical se calculó a través de la escala de Estanones, en “Alto”, “Medio” y “Bajo”. Para ello se requirió de algunos estimadores:

- Campana de Gaus
- Constante de 0,75
- Media ( $\bar{X}$ )
- Desviación estándar (DS)
- A = Punto de corte menor
- B = Punto de corte mayor

$$A/B = \bar{X} \pm DS(0.75)$$

### Campana de Gaus:



$$A = \bar{X} - DS (0.75) = 9.53 - 1.56 (0.75) =$$

$$B = \bar{X} + DS (0.75) = 9.53 + 1.56 (0.75) =$$

### Conocimiento sobre el parto vertical:

“Alto” = mayor a “10.7”

“Medio” = De “8.35” hasta “10.7”

“Bajo” = menor a “8.35”